# Verzeichnis und Inhaltsangabe

der

# wissenschaftlichen Arbeiten

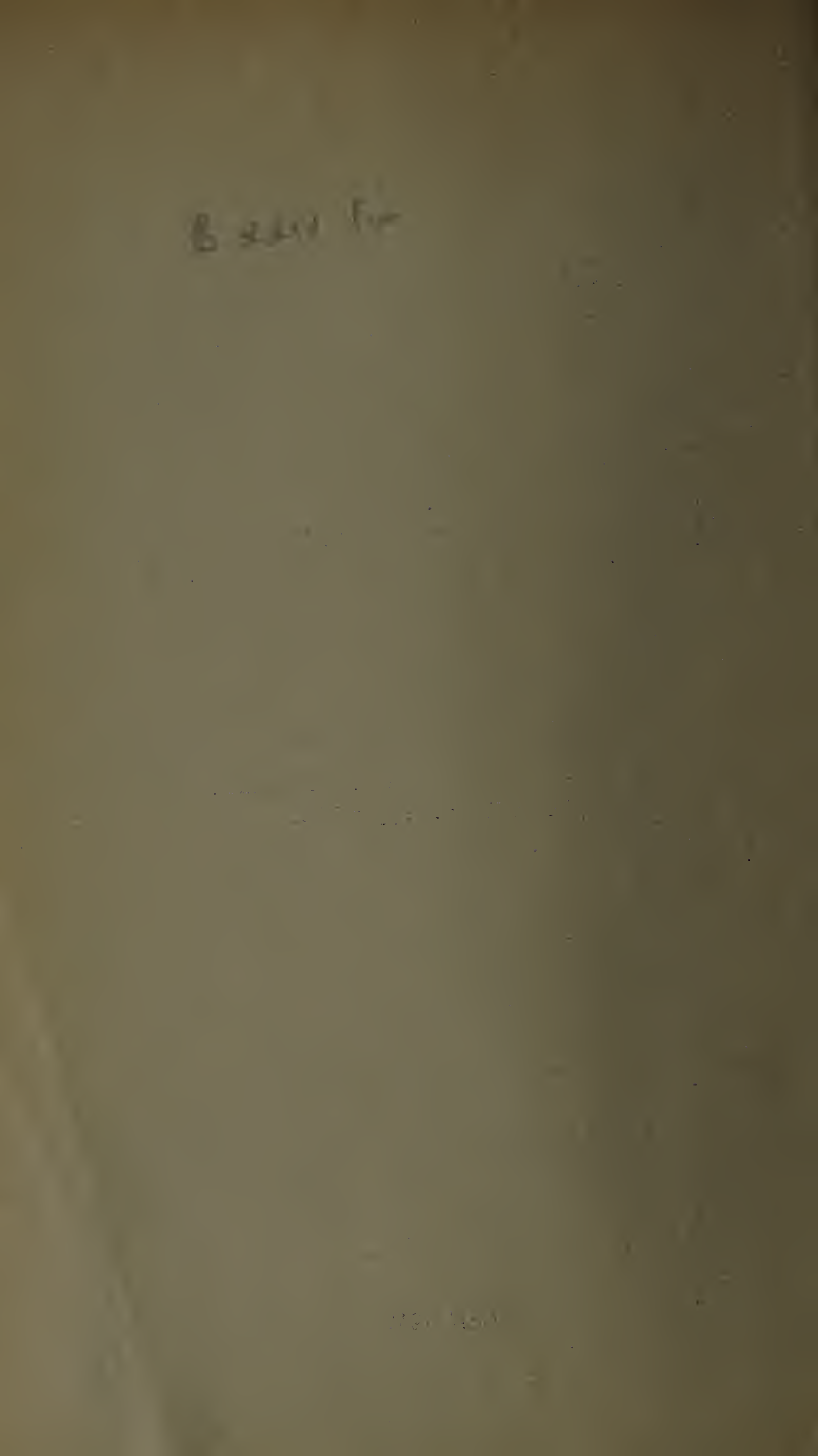
des

**Dr. Hans Finsterer**
Assistenten der chirurgischen Universitätsklinik
Hofrat Hochenegg in Wien.



WIEN 1912.

DRUCK VON M. SALZER.



# Verzeichnis und Inhaltsangabe

der

# wissenschaftlichen Arbeiten

des

**Dr. Hans Finsterer**

Assistenten der chirurgischen Universitätsklinik
Hofrat Hochenegg in Wien.



WIEN 1912.

DRUCK VON M. SALZER.

1. **Über Harnblasensteine.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1905, Band 80, Seite 414—460.)

Die an seltenen Exemplaren reichhaltige Steinsammlung der II. chirurgischen Klinik (Billroth, Gussenbauer, Hochenegg), die einschließlich der von Prof. Reyer in Ägypten 1850—1860 erworbenen und der Klinik gewidmeten Sammlung über 100 Nummern zählt, wird unter Heranziehung der Mitteilungen in der Literatur einer eingehenden Beschreibung unterzogen. Dabei werden die seltenen Befunde (Bildung eines regelmäßigen Steines um eine Haarnadel; 6 Fälle der Literatur; Steinbildung um ein eingedicktes Katheteröl, Kern aus den Eiern von Distoma haematobium gebildet) genauer angeführt, die Zusammensetzung der Steine in ihren einzelnen Schichten genau analysiert, für die „angewachsenen“, „eingelagerten“ und „eingekapselten“ Blasensteine je ein Beispiel gebracht, die „Pfeifensteine“ näher beschrieben, schließlich auf den wichtigen Vorgang der Spontanzertrümmerung hingewiesen und dafür Beispiele angeführt.

2. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Harnröhrensteine.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1906, Band 81, Seite 142—168.)

Anschließend an 6 Beispiele von Harnröhrensteinen aus der II. chirurgischen Klinik werden in Fortsetzung der zusammenfassenden Arbeiten von Zeissl, Kaufmann, Lieblein und Suter die seither veröffentlichten Fälle der Literatur gesammelt und unter Verwertung des Materiales das anatomische und klinische Bild der seltenen Erkrankung besprochen. Dabei ergab sich, daß im Gegensatze zur Behauptung Kaufmanns die eigentlichen Harnröhren- und Divertikelsteine im höheren Alter zur Beobachtung kamen. Hinsichtlich der chemischen Zusammensetzung konnte die Ansicht desselben Autors, Urethralsteine seien stets nur Phosphatsteine, durch zwei Beobachtungen Liebleins und durch zwei eigene Beispiele von großen Uratsteinen, die in der Harnröhre entstanden waren, teilweise widerlegt werden.

3. **Zur Kasuistik und Therapie des Nabelschnurbruches.** (Wiener klinische Wochenschrift 1906, Nummer 26.)

Es wird ein an der Klinik Hochenegg erfolgreich operierter Fall von Nabelschnurbruch (Inhalt: mehrere Dünndarmschlingen, Coecum, Colon ascendens und transversum) mitgeteilt, dem 2 weitere Fälle der Klinik

Billroth (1868—1869), die ohne Operation heilten, unter Beibringung der Abbildungen angeschlossen werden. Als Fortsetzung der Zusammenstellung Schramms (1899) werden die weiteren operativ behandelten Fälle der Literatur angeführt (44 Fälle) und an der Hand der Fälle die Ätiologie, Symptome und Therapie des Nabelschnurbruches besprochen und betont, daß die operative Behandlung möglichst früh ausgeführt, in den mittelgroßen Fällen die beste Behandlung darstellt.

4. **Bericht über die Krankenbewegung an der II. chirurgischen Klinik vom 1. April bis 31. Dezember 1904.** (Hochenegg: Jahresbericht und Arbeiten der II. chirurgischen Klinik zu Wien. Urban und Schwarzenberg 1906; gemeinsam mit Dr. K. Sywek.)

Zusammenfassende Bearbeitung des Krankenmateriales der Klinik Hochenegg in Form eines wissenschaftlichen Jahresberichtes. Unter den seltenen Beobachtungen wird ein Fall von Hernia diaphragmatica incarcerata (nach einer Entbindung entstanden, Inhalt: Colon transversum) eingehend mitgeteilt und in ätiologischer Hinsicht besprochen.

5. **Jahresbericht über die klinischen und ambulanten Kranken für das Jahr 1905.** (Ebenda; gemeinsam mit Dr. Sywek.)

Zusammenstellung des Krankenmateriales der Klinik (1698 stationäre, 7236 ambulante Kranke) unter regionärer Anordnung der Fälle, mit ausführlicher Wiedergabe der Krankengeschichte aller wichtigen Fälle. Dabei wird in der zusammenfassenden Einleitung der großen Kapitel der Standpunkt der Klinik hinsichtlich Indikationsstellung und Operationstechnik kurz präzisiert.

6. **Zwei Fälle von Dünndarm(Jejunum-, Ileum)karzinomen.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1906, Band 83, Seite 567—574.)

Mitteilung von 2 seltenen Fällen (bis dahin 25 Fälle der Literatur) von Jejunum-, beziehungsweise Ileumkarzinomen aus der Klinik Hochenegg, wo beidemal die Resektion des Darmes ausgeführt worden war. Kurze Besprechung der Diagnose und Prognose der Erkrankung.

7. **Über einen Fall eines ungewöhnlich großen Fibroadenoma mammae und über benigne Tumoren der weiblichen Brustdrüse.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1906, Band 84, Seite 559—571.)

Ein $4^1/_2$ *kg* schweres Fibroadenoma intracanaliculare mammae wurde bei einer 45jährigen Frau durch Exstirpatio mammae erfolgreich entfernt. Im Anschlusse daran wird über die 1877—1906 an der II. chirurgischen Klinik operierten

66 gutartigen Mammatumoren berichtet (8·25% aller Mammatumoren), dabei das Alter, die klinischen Symptome berücksichtigt. Wegen der Wichtigkeit einer späteren Karzinombildung in einer Mamma nach erfolgter Exstirpation des Tumors wurden über das weitere Schicksal der Operierten Nachforschungen angestellt, aber in keinem Falle eine spätere maligne Degeneration gefunden.

8. **Zur Pathologie der männlichen Brustdrüse mit besonderer Berücksichtigung der Tumoren.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1906, Band 84, Seite 202—233.)

In den Jahren 1877—1906 kamen an der II. chirurgischen Klinik 17 Tumoren der männlichen Brustdrüse zur Beobachtung (3 benigne Tumoren, 11 Karzinome, 3 Sarkome), die ausführlich mitgeteilt werden. Das Karzinom weist bei einer Frequenz von 1·59% aller Mammakarzinome zwei Dauerheilungen von 21 und 11 Jahren auf, denen aus der Literatur 6 weitere Dauerheilungen angereiht werden.

Zu den 9 Fällen von Sarkomen in der Literatur kommen 2 weitere Fälle dieser seltenen Erkrankung aus der Klinik (ein Spindel- und Riesenzellensarkom, ein Rundzellensarkom), ferner ein Fall von multiplen Hautsarkomen der Mamma.

9. **Über das Sarkom der weiblichen Brustdrüse.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1907, Band 86, Seite 352—381.)

Bei 40 Sarkomen der II. chirurgischen Klinik aus den Jahren 1877—1903, deren Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt sind, wurden Nachforschungen über das weitere Schicksal der Operierten angestellt. Nach Schilderung der Symptomatologie wird auf Grund des Vergleiches mit den Fällen der Literatur betont, daß auch beim Sarkom, um lokale Rezidiven möglichst zu vermeiden, die radikalen Operationsmethoden nach Heidenhain und Rotter in jedem Falle anzuwenden seien. Damit kann auch die Prognose (29% für die Spindel- und Rundzellensarkome, 56·6% Heilungen für alle Sarkome) noch verbessert werden.

Unter den 17 Dauerheilungen wird ein Fall von kleinzelligem Rundzellensarkom der rechten und skirrhösem Drüsenkarzinom der linken Mamma als besondere Rarität wegen des gleichzeitigen Vorkommens von Karzinom und Sarkom und trotzdem langer Heilung (16 Jahre) angeführt.

10. **Über das Mammakarzinom und seine operativen Dauerheilungen.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1907, Band 89, Seite 143—240.)

Als Fortsetzung der Karzinomarbeit v. Winiwarters wurden Nachforschungen über das weitere Schicksal der 1877—1903 an der II. chirurgischen Klinik wegen Mammakarzinom behandelten 606 Frauen angestellt, wobei trotz der langen Zeitdauer und der vielen Ausländerinnen nach

wiederholten Anfragen 88% brauchbare Antworten zu erhalten waren. Unter ständiger Heranziehung der bisherigen Arbeiten werden der Einfluß von Alter, Trauma, Geburt etc. auf das Karzinom, die Lokalisation (4 Fälle von Karzinom in einer vollständig aberranten Mamma), Symptome, Diagnose, Prognose besprochen.

Bei der Besprechung der Therapie wird auf die Bedeutung der supraklavikularen Drüsen in der Indikationsstellung eingegangen und der Satz Küttners, daß mit dem Einsetzen der klinisch nachweisbaren Erkrankung der supraklavikularen Drüsen auch die mediastinalen Drüsen und die Pleura bereits ergriffen seien, durch Beispiele von Dauerheilungen nach Exstirpation der erkrankten supraklavikularen Drüsen, ferner durch klinisch beobachtete Fälle widerlegt, wo mehrere Jahre nach Exstirpation der erkrankten Drüsen bei der Obduktion noch immer keine Erkrankung der Pleura oder der endothorakalen Drüsen gefunden wurden. Daraus ergibt sich die Berechtigung der Operation auch bei erkrankten supraklavikularen Drüsen und der prophylaktischen Ausräumung der Supraklavikulargrube.

Hierauf wird die Therapie eingehend besprochen und ihre Erfolge mit der Dauer und Ausdehnung der Erkrankung verglichen. Besonders hervorgehoben wird das Auftreten von Spätrezidiven (17 Fälle nach 5 bis 20 Jahren), für das die wenigen Beispiele aus der Literatur gesammelt werden. Beim Vergleiche der Dauerheilungen an den verschiedenen Stationen werden nicht einfach die Zahlen gegenübergestellt, sondern immer der jeweilige Standpunkt in der Indikationsstellung berücksichtigt.

Da unter Billroth und Gussenbauer nie die Radikaloperationen nach Rotter oder Heidenhain zur Anwendung kamen, sondern die Operation stets nur von der Ausdehnung der Erkrankung abhängig gemacht, dafür aber fast immer die Drüsen bis in die Supraklavikulargrube ausgeräumt wurden, so resultierten auch viel Lokalrezidiven (66% bei teilweiser Entfernung des großen Brustmuskels), während nur wenig Frauen (6·6%) an inneren Metastasen starben.

Der Vergleich des großen Materiales mit dem anderer Stationen lehrt, daß die beste Operationsmethode jene ist, welche durch Wegnahme der beiden Brustmuskeln und genügend viel Haut die Lokalrezidiven vermindert und durch die ebenso wichtige exakteste Drüsenausräumung die Metastasierung zu verhindern sucht, also die Kombination der Radikaloperation nach Rotter, mit der Drüsenausräumung nach Gussenbauer, was dem von Halsted geübten Verfahren entspricht, das bisher die meisten Dauererfolge (46% Dauerheilungen bei 11% Lokalrezidiven) aufweist, während bei dem zugrundeliegenden Materiale in den letzten 8 Jahren unter Gussenbauer nur 24·6% Dauerheilungen bei 42·6% Lokalrezidiven und nur 10% Todesfällen an inneren Metastasen resultierten.

11. **Über Extrauteringravidität mit besonderer Berücksichtigung der seltenen Fälle.** (Zeitschrift für Heilkunde 1907, Band 28, Seite 1—74.)

Die Arbeit entstammt der Assistentenzeit im Maria-Theresia-Frauenhospital (Prim. Dr. v. Erlach) in Wien und verwertet ein großes Material

(133 operierte Fälle in 6 Jahren). Auf Grund desselben werden die Ätiologie, die Lokalisation besprochen, dabei das seltene Vorkommen der doppelseitigen Tubarschwangerschaft (1 Fall), die relative Häufigkeit einer wiederholten extrauterinen Schwangerschaft (9 Fälle = 26·7%) betont. Die bis 1903 reichende Zusammenstellung von Vassmer (132 Fälle) wird um 14 weitere Beobachtungen der Literatur vermehrt, denen die 9 eigenen Fälle angereiht werden. Besonderes Gewicht wird dabei auf die Tatsache gelegt, daß in 2 Fällen normale Geburten zwischen den beiden Operationen lagen, was nach Vassmer wegen der bestehenden Entzündung eben unwahrscheinlich ist (in der Literatur bis jetzt nur 4 Fälle von normalen Geburten zwischen den beiden ektopischen Schwangerschaften mitgeteilt). Je ein seltener Fall einer interstitiellen, einer tubo-ovariellen und einer intraligamentär entwickelten Gravidität werden nach Zusammenstellung der betreffenden Fälle der Literatur ausführlich mitgeteilt.

Als Therapie gilt nur die Operation, und zwar in jedem Stadium, wobei die Laparotomie bevorzugt wird, die bessere Resultate ergibt (1·8% Mortalität gegen 9·1, beziehungsweise 13·6% Mortalität bei vaginaler Operation). Entscheidend für die Prognose ist der Grad der Blutung, bei fortbestehender Gravidität ist die Operation sicherer als jede andere Behandlung (35 Fälle, sämtliche geheilt). Durch die Erfolge ist v. Erlachs Standpunkt: in jedem Falle von Extrauterinschwangerschaft zu operieren, vollkommen gerechtfertigt.

12. **Ein Fall von isolierter Fraktur des Os naviculare pedis.** (Mitteilungen des Vereines der Ärzte in Steiermark 1908, Nummer 4.)

Ein 33 jähriger Arbeiter erlitt durch Auffallen eines großen Steines auf die Ferse bei aufgestemmten Zehen eine Kompressionsfraktur des Os naviculare mit Verkürzung des inneren Fußrandes und sekundärer Plattfußstellung bei adduziertem Vorderfuß. Nach genauer Schilderung des Falles wird auf die Seltenheit dieser Verletzung hingewiesen (19 Fälle in der Literatur) und bei der Besprechung der Symptome ein neues, bisher nicht beschriebenes Symptom erwähnt, nämlich die größere Schmerzhaftigkeit bei Kompression des in Adduktion befindlichen Vorderfußes in der Richtung der Längsachse von vorne nach hinten, gegenüber den geringeren Schmerzen beim Gehen, ein Symptom, das zur Unterscheidung von der einfachen Distorsion dienen kann.

13. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Hydrokele muliebris.** (Wiener klinische Wochenschrift 1908, Nummer 15.)

Aus der Klinik v. Hacker wird ein Fall von doppelseitiger vereiterter Hydrokele muliebris bei einer 57jährigen Frau mitgeteilt, der bisher ein Unikum in der Literatur darstellt. Nach Zusammenstellung von 88 Fällen von Hydrokele muliebris werden die Anatomie, die Symptome, Diagnose und Therapie der Erkrankung kurz besprochen.

## 14. **Über Verletzungen im Bereiche der Fußwurzelknochen.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1908, Band 59, Seite 99—173.)

Unter Verwertung des Verletzungsmaterials der Klinik v. Hacker wird die Frequenz der Fußwurzelverletzungen berechnet (0·34%). Dann folgt eine eingehende Besprechung der Frakturen des Fersenbeines unter Anführung von zwei eigenen Beispielen, die wegen der Seltenheit der Befunde (einmal Doppelseitigkeit, einmal Kombination einer Riß- mit einer Kompressionsfraktur) besonderes Interesse verdienen; der Verletzungsmechanismus wird ausführlich besprochen.

Für die Talusfrakturen werden zwei weitere Fälle aus der Klinik ausführlich mitgeteilt, von denen einer wegen des Verletzungsmechanismus besonders wichtig ist, da die Fraktur des Talushalses durch reine Dorsalflexion entstanden war (was von Gaupp geleugnet wird). Der Verletzungsmechanismus wird eingehend besprochen und dabei betont, daß im Gegensatz zu den bisherigen Ansichten nicht die Bodenbeschaffenheit, sondern in erster Linie die Einstellung im Sprunggelenke im Momente des Auffallens entscheidet, ob eine Fraktur des Calcaneus oder Talus entsteht. Besprechung der Diagnose und Therapie.

Von den sehr seltenen Frakturen des Naviculare werden aus der bisherigen Literatur 19 Fälle im Auszuge angeführt, dann drei eigene Beobachtungen mitgeteilt; der erste Fall ist bereits beschrieben (siehe Arbeit Nummer 12); im zweiten Falle war die Kompressionsfraktur des Naviculare durch Fall von einem 4 *m* hohen Baum auf die rechte Fußspitze entstanden, während im dritten Falle der Abbruch der Tuberositas ossis navicularis durch direkte Gewalt zustande gekommen war. Anschließend an diese drei Fälle und die Mitteilungen der Literatur wird der Verletzungsmechanismus eingehend erörtert und dabei betont, daß bei den indirekten Frakturen die Stellung des Fußes (ob Inflexion und Plantarflexion oder Reflexion) für die Art der Verletzung maßgebend ist, daß die reinen Kompressionsfrakturen durch Auffallen bei plantarflektiertem und zugleich reflektiertem Fuße zustande kommen. Bei der Besprechung der Symptome wird auf ein neues Symptom hingewiesen, das in Nummer 12 bereits angeführt ist. Als Therapie ist in frischen Fällen nach erfolgter Reposition ein Extensionsverband am Vorderfuße mit direktem Druck auf den Naviculare und Vermeidung des Gehens durch wenigstens 8 Wochen zu empfehlen; in veralteten Fällen müssen die Folgezustände in Form des Plattfußes bekämpft werden.

Im weiteren Anschlusse werden die seltenen Luxationen des Talus, die Luxation im Talo-Naviculargelenke, kurz angeführt. Für die Verletzung der Keilbeine wird ein weiterer Fall von Fraktur des ersten Keilbeines aus der Grazer Klinik mitgeteilt.

## 15. **Zur Kasuistik der Tumoren des Ligamentum rotundum uteri.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1908, Band 59, Seite 247—260.)

Ein an der Klinik v. Hacker operierter, vorher auf Grund der Anamnese (Schmerzhaftigkeit zur Zeit der Periode) und des Befundes vom Autor

diagnostizierter Fall von Fibrom des Ligamentum rotundum, bei einem 22jährigen Mädchen wird ausführlich mitgeteilt. Histologisch ist der Tumor ein reines Fibrom, er reiht sich als solcher als 11. Fall den bis dahin mitgeteilten Fällen der Literatur an. Besprechung der Symptome und Diagnose der verschiedenen Tumoren des runden Mutterbandes.

16. **Über den Nachweis eines gegen das eigene Karzinom gerichteten anaphylaktischen Antikörpers im Serum Krebskranker nebst vorläufigen Bemerkungen zu diesem Befunde.** (Wiener klinische Wochenschrift 1909, Nummer 28; gemeinsam mit Dozent Dr. Hermann Pfeiffer.)

Vorläufige Mitteilung von Tierversuchen, bei welchen unter Verwertung des von Pfeiffer gefundenen anaphylaktischen Temperatursturzes nach vorausgegangener Injektion des Serums eines Krebskranken nach 48 Stunden 4 $cm^3$ Preßsaft des exstirpierten Tumors injiziert wurden, mit gleichzeitigen Kontrollversuchen. Aus den Versuchen ergibt sich, daß das Serum Krebskranker einen gegen den malignen Tumor gerichteten, freien anaphylaktischen Antikörper enthält, der im normalen Serum nicht nachzuweisen ist, der nach intraperitonealer Injektion beim Meerschweinchen eine passive, gleichfalls gegen Tumorgewebe gerichtete Anaphylaxie mit dem charakteristischen Temperatursturz erzeugt.

17. **Zur Kenntnis der Luxation der Patella.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1909, Band 62, Seite 453—495.)

An der Hand von 4 Fällen von Luxation der Patella aus der Klinik v. Hacker wird die Ätiologie eingehend besprochen, dabei bei den erworbenen Formen auf die Wichtigkeit der Unterscheidung von habitueller und rezidivierender Luxation hingewiesen, die zur richtigen Bewertung des therapeutischen Effektes unbedingt zu verlangen ist. Auf Grund der eigenen und der in der Literatur mitgeteilten Fälle werden dann die Symptome, Diagnose und Therapie eingehend besprochen und dabei gefolgert, daß die kongenitale permanente Luxation wie auch die rezidivierende Form, außer Vorsicht beim Gehen, keine besondere Therapie erfordern, daß die habituelle, bei jeder Beugung entstehende Luxation am besten operativ zu behandeln sei, und zwar einerseits mit Osteotomie des Oberschenkels zur Beseitigung des Genu valgum, anderseits mit einer Kapselplastik, am besten nach Ali Krogius, wobei es sich empfiehlt, zuerst die Osteotomie auszuführen und erst beim Ausbleiben eines Erfolges in einem zweiten Akte die Kapselplastik anzuschließen.

18. **Zur Kasuistik und Therapie der Verrenkungen des Mondbeines.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1909, Band 62, Seite 496—522.)

Nach Mitteilung eines an der Grazer Klinik vom Verfasser diagnostizierten und durch Exstirpation des Lunatum geheilten Falles einer 10 Monate

alten Verrenkung des Mondbeines wird an der Hand der aus der Literatur zusammengestellten Fälle (61) der Entstehungsmechanismus besprochen, über den ganz entgegengesetzte Ansichten herrschen. Deshalb wurde vom Autor experimentell der Frage nähergetreten durch Anstellen von Leichenversuchen, aus denen hervorgeht, daß die Luxation in den meisten Fällen durch eine Art Hebelwirkung entsteht unter gleichzeitiger Distraktion der sich winkelig berührenden Karpalknochen.

Bei Besprechung der klinischen Symptome wird auf die Bedeutung der Verkürzung des Abstandes des Köpfchens des III. Metakarpus vom dorsalen Rand der Radiusgelenkfläche für die Diagnosenstellung hingewiesen. Hinsichtlich der Therapie wird betont, daß bei frischen Luxationen die Reposition eventuell blutig in Betracht kommt, bei den veralteten Fällen aber bei bestehender Beweglichkeitseinschränkung die Exstirpation des Lunatum zu empfehlen ist.

19. **Der isolierte Bruch des Mondbeines.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1909, Band 64, Seite 85—120.)

Nach ausführlicher Mitteilung von 5 seltenen Fällen von isolierter Fraktur des Mondbeines werden die wenigen (12) nur kasuistisch mitgeteilten Fälle gesammelt und zum erstenmal eine zusammenhängende Besprechung dieser äußerst seltenen Verletzung geliefert. Anschließend daran werden auch die Fälle von gleichzeitiger Verletzung eines anderen Karpalknochens angeführt (20 Fälle).

Es werden hierauf die Leichenexperimente, die Verfasser zur Ermittlung des Entstehungsmechanismus anstellte, kurz mitgeteilt, aus welchen hervorgeht, daß es bei Distraktion der Knochen zur Luxation, bei Fehlen derselben aber zur Kompressionsfraktur kommt.

Bei Besprechung der klinischen Erscheinungen wird auf zwei wichtige neue Symptome hingewiesen, nämlich die Verkürzung des Abstandes des Köpfchens des III. Metakarpus von der Radiusgelenkfläche und die Schmerzhaftigkeit in der Gegend des Lunatum bei Stoß auf das Köpfchen des III. Metakarpus. Als Therapie kommt in frischen Fällen die Reposition der Fragmente mit Distraktion des Gelenkes durch einen Extensionsverband in Betracht, bei veralteten Fällen kann die Exstirpation des Lunatum zu einer wesentlichen Verbesserung der Beweglichkeit führen.

20. **Ein Fall von Gravidität in einer akzessorischen Tube.** (Gynäkologische Rundschau 1909, Nummer 17.)

Ausführliche Mitteilung eines im Maria-Theresia-Frauenhospital (Primarius Dr. v. Erlach) vom Verfasser operierten Falles einer Gravidität in einer Nebentube bei einer 22jährigen Frau (Gravidität im 4. Monat). Auf Grund des anatomischen und histologischen Befundes wird der Beweis erbracht, daß es sich nur um eine Nebentube handeln müsse. Aus der Literatur können nur drei ähnliche Beobachtungen zitiert werden.

21. **Ein Fall von seltener Hodenverletzung.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1902, Nummer 20.)

Mitteilung eines sehr seltenen Falles von Luxation des Hodens nach stumpfer Gewalteinwirkung auf das Skrotum, wo nach Reposition des Hodens glatte Heilung erzielt wurde.

22. **Über lebensbedrohliche Magen- und Duodenalblutungen.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1909, Band 65, Seite 621—640.)

Ein 37jähriger Mann mit vier profusen Magenblutungen in den letzten 3 Tagen kam vollständig ausgeblutet zur Operation (Prof. v. Hacker), konnte durch Unterbindung der blutenden Gefäße und der zuführenden Kranzarterien nach Gastrotomie noch gerettet werden. Es werden dann an der Hand der mitgeteilten Fälle der Literatur die Indikationsstellung und die Therapie bei der akuten Magenblutung besprochen und bei der Gastroenterostomie mit Nachdruck darauf verwiesen, daß diese nur beim einfachen, nicht aber beim kallösen Ulkus blutstillend wirken könne. Wegen der hochgradigen Anämie soll in allen diesen Fällen die Narkose durch die Lokalanästhesie oder Lumbalanästhesie ersetzt werden.

23. **Darmverschluß bei chronischer Entzündung des Meckelschen Divertikels.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1910, Band 66, Seite 39—50.)

Bei einem 19jährigen wegen Darmverschluß operierten Manne fand Verfasser als Ursache desselben eine unter einem adhärenten Meckelschen Divertikel festgehaltene Darmschlinge, bei der die Verlegung des Darmlumens durch Drehung um die eigene Achse entstanden war. Im Anschlusse daran werden die Fälle von Entzündung des Meckelschen Divertikels und von gleichzeitigem Darmverschluß kurz besprochen.

24. **Über den plastischen Duraersatz und dessen Bedeutung für die operative Behandlung der Jackson-Epilepsie.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1910, Band 66, Seite 193—206.)

Um die Verwachsung der Dura mit dem Gehirn als Ursache der Epilepsie zu verhindern, hat Verfasser auf Grund von Tierexperimenten ein neues Verfahren der Duraplastik angegeben, das darin besteht, daß unter den Duradefekt ein Stück präparierten Bruchsackes geschoben wird, über dem dann die Dura, ohne mit dem Gehirne zu verwachsen, sich wieder schließen kann.

Bei einem 19jährigen Schlosser, der wegen Jackson-Epilepsie nach einer alten Impressionsfraktur in Lokalanästhesie trepaniert wurde, wurde vom Verfasser die Methode zur Deckung eines $4^1/_2$ *cm* langen, 2 *cm* breiten Duradefektes mit bestem Erfolge verwendet (auch bis jetzt geheilt geblieben, also bereits 4 Jahre).

Beim Vergleiche mit den bisherigen plastischen Methoden wird auf den prinzipiellen Unterschied hingewiesen, der darin besteht, daß im Gegensatz zu den übrigen Methoden, das plastische Material nicht auf die Dura aufgelegt, sondern unter deren Ränder geschoben wird, wodurch die Dura ohne Verwachsung mit den zarten Hirnhäuten sich schließt.

25. **Ein seltener Fall von innerer eingeklemmter Hernie. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Darmresektion.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1910, Band 66, Seite 207—218.)

Bei einer 59jährigen Frau wurde vom Verfasser bei der Laparotomie wegen Ileus ein Darmwandbruch in einer neben dem rechten Ligamentum sacro-uterinum gelegenen Peritonealtasche gefunden. Es handelte sich demnach um einen sehr seltenen Befund, für den nur ein Analogon in der Literatur aufzufinden war. Im Anschluß daran wird auf das wichtige Phänomen, daß nach einer Lumbalanästhesie trotz fortbestehender Einklemmung doch Stuhl auftreten kann, hingewiesen.

Daß bei lange bestehender Einklemmung eines Darmwandbruches auch eine ausgedehnte (80 *cm*) Darmresektion noch ungenügend sein kann, wird an einem weiteren Beispiele erläutert, wo nach 1 Woche der Exitus an Sepsis infolge bestehender Darmgeschwüre erfolgte (Geschwüre noch $^3/_4$ *m* oralwärts reichend). Deshalb wird vom Verfasser energisch der Standpunkt vertreten, bei lange bestehender Einklemmung die Resektion der zuführenden Schlingen so weit auszudehnen, als sie sich bei der Eventration noch verändern.

26. **Über die Torsion des großen Netzes.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1910, Band 68, Seite 521—531.)

Mitteilung eines Falles von dreimaliger Netzdrehung bei einer 55jährigen Frau, der deswegen eine besondere Bedeutung hat, weil hier die bis dahin latente Hernie erst 24 Stunden nach Einsetzen der Erkrankung manifest wurde und schließlich die Zeichen der eingeklemmten Hernie bot, welcher Befund künftig in der Diagnosestellung zu verwerten sein wird.

Besprechung des klinischen Bildes unter Verwertung der bisher bekannten 72 Fälle.

27. **Die akute Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1910, Band 68, Seite 532—583.)

Aus der Grazer chirurgischen Klinik werden 18 operierte Fälle von Magenperforationen aus den letzten 10 Jahren mitgeteilt. Bei der Besprechung der Symptome verweist Verfasser auf Grund eigener Erfahrungen auf die Wertlosigkeit des Verschwindens der Leberdämpfung für die Diagnose: Magenperforation. Die Prognose hängt von einer möglichst frühzeitigen Operation ab; in den ersten 12 Stunden beträgt die Mortalität nur 17%, später dagegen 84%. Trotzdem kann man auch nach 48—72 Stunden nach

der Perforation durch gründliche Spülung der Bauchhöhle noch Heilung erzielen, wie 2 eigene Fälle und 6 Beispiele aus den jüngsten Mitteilungen zeigen. Bei Besprechung der Therapie wird die ausgiebige Spülung der Bauchhöhle gegen Federmann u. a. verteidigt, durch welche nicht nur die Resultate wesentlich gebessert, sondern auch die Ausbildung von subphrenischen Abszessen verhindert werden kann. Im übrigen solle das Geschwür nach Anfrischen der Ränder einfach übernäht werden; eine Gastroenterostomie sei beim Pylorusulkus sehr empfehlenswert, sonst müsse die Ausführung derselben vom Kräftezustand abhängig gemacht werden.

28. **Zur Klinik und Therapie des Sanduhrmagens.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1910, Band 71, Seite 714—770.)

Anschließend an die Arbeit von Schomerus (1904) werden die Fälle der Literatur bis 1910 gesammelt (66 Fälle) und 3 in einem Jahre vom Verfasser operierte Fälle mitgeteilt, die sämtliche durch Gastro-gastrostomie geheilt wurden. Es folgt nun eine eingehende Besprechung der Ätiologie, Symptomatik, Diagnose und der Therapie des Sanduhrmagens. Dabei werden die Erfolge der einzelnen Operationsmethoden miteinander verglichen und bei der Gastroanastomose, die Verfasser in allen 3 Fällen vor der Stenose anlegen mußte, während sie nach Wolfler nur unterhalb zu liegen kommt, empfohlen, zur Erreichung einer möglichst breiten Kommunikation die Schnitte in der Magenwand schräg von links oben nach rechts unten zu führen.

29. **Über Ileus.** (Ärztliche Standeszeitung 1910, Nummer 13, 14.)

In diesem im Verein der Ärzte in Kärnten gehaltenen Vortrage wird unter Verwertung eigener Erfahrungen ein Bild der verschiedenen Formen des Darmverschlusses entworfen. Beim Obturationsileus wird auf die Bedeutung des komprimierenden Douglasabszesses verwiesen unter Anführung von zwei in letzter Zeit in Klagenfurt behandelten Fällen. Bei den Achsendrehungen des Darmes wird die Bedeutung des sogenannten „Wringverschlusses“ besonders gewürdigt, da in diesen seltenen Fällen auch einmal Spontanheilung eintreten kann. Der Besprechung der Symptome und Diagnose folgt eine kurze Kritik der bisher üblichen Behandlung mit Abführmitteln oder hohen Irrigationen, vor denen eindringlichst gewarnt wird, oder wo größte Vorsicht notwendig ist. Bei der Therapie wird gezeigt, wie infolge des langen Zuwartens bei einem Darmwandbruch eine ausgedehnteste Darmresektion notwendig wird, wegen der schweren Zirkulationsstörungen am zuführenden Darme.

30. **Zur chirurgischen Behandlung gutartiger Magenerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der kallösen Magengeschwüre.** (Ärztliche Standeszeitung 1910, Nummer 21—23.)

Bericht über 9 Fälle von Magenulkus, die vom Verfasser in 3 Monaten im Klagenfurter Sanatorium operiert wurden. Bei der Besprechung des Materiales, die in erster Linie den praktischen Ärzten gilt, wird das „kallöse“

Magengeschwür als den praktischen Ärzten noch immer zu wenig bekannt, besonders berücksichtigt und betont, daß dasselbe auch in hohem Alter noch vorkommt (Verwechslung mit Karzinom). Für die Diagnose wichtig ist die enorme Schmerzhaftigkeit. Als chirurgische Behandlung kommt neben der Resektion besonders bei sehr herabgekommenen Patienten die einfache Gastroenterostomie in Betracht, nach der die größten Ulcera unter rapider Gewichtszunahme (in 2 Monaten um 25 *kg*) rasch verschwinden. Die trotz der langen Dauer und des schlechten Allgemeinbefindens durchwegs günstigen Operationserfolge (überhaupt kein Todesfall) wurden vom Verfasser in erster Linie auf die Ausschaltung der Narkose, besonders des Chloroforms durch die Lokal- und Lumbalanästhesie zurückgeführt.

31. **Ein geheilter Fall von Leberschuß.** (Wiener klinische Wochenschrift 1910, Nummer 49.)

Es wird über einen vom Verfasser an der Klinik Hochenegg operierten und geheilten Fall von Schußverletzung der Leber berichtet, bei dem trotz der bedeutenden Anämie eine auffallende Pulsverlangsamung beobachtet wurde.

32. **Über Beckenluxationen.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1911, Band 110, Seite 191—210.)

Den bisher in der Literatur mitgeteilten 21 Fällen, von denen aber nur 8 klinisch beobachtet und behandelt worden waren, wird aus der Klinik Hochenegg ein neuer Fall hinzugefügt, bei dem es nach 4 Wochen noch gelang, durch einen Extensionsverband die nach oben dislozierte rechte Beckenhälfte herabzuziehen. Unter Verwertung der vereinzelten, bisher nur kasuistisch mitgeteilten Fälle wird diese seltene Verletzung hinsichtlich Ätiologie, Symptome, Diagnose und Therapie eingehend besprochen.

33. **Zur Diagnose der Leberverletzungen.** (Archiv für klinische Chirurgie 1911, Band 95, Seite 376—381.)

Die an 2 Fällen beobachtete Pulsverlangsamung bei Leberverletzung wird in ihrer diagnostischen Bedeutung gewürdigt unter Anführung von Tierexperimenten, daneben die anderen klinisch verwertbaren Symptome kurz besprochen.

34. **Über seltenere Komplikationen bei Cholelithiasis (Gallensteinileus, Choledochusverschluß).** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1911, Band 111, Seite 211—237.)

Für die verschiedenen Formen des Gallensteinileus werden 4 Fälle aus der Klinik Hochenegg mitgeteilt. Den 4 bisher mitgeteilten Beispielen von Kompression des Darmes durch die enorm vergrößerte Gallenblase mit konsekutivem Darmverschlusse wird als 5. Fall eine eigene Beobachtung zugefügt. Für die von Clairmont und v. Haberer

und in einem weiteren Falle von Schievelbein beobachtete gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege kann eine 3. eigene Beobachtung mitgeteilt werden.

Hinsichtlich der Therapie wird der abwartende Standpunkt Schnitzlers nach vorheriger Begründung abgelehnt und für die Frühoperation eingetreten.

Bei den Choledochusverschlüssen wird ein Fall ausführlich mitgeteilt, bei dem auf Grund des Curvoisierschen Gesetzes an einer anderen chirurgischen Station wegen des palpablen höckerigen Tumors die Diagnose auf Gallenblasenkarzinom gestellt und Patient unoperiert abgewiesen worden war, wo vom Verfasser bei der Probelaparotomie nur eine große steinhaltige Gallenblase mit Netz verwachsen und ein großer Choledochusstein gefunden wurde. Cholecystektomie, Choledochotomie, Hepaticusdrainage, im Verlaufe wegen Pylorusstenose Gastroenterostomie, dann Heilung und Gewichtzunahme. Eingehend besprochen wird dann die Bedeutung der Probelaparotomie und der Mobilisierung des Duodenums.

35. **Über Harnblasen- und Harnröhrenzerreißungen.** (Wiener medizinische Wochenschrift 1911, Nummer 37 und 38.)

Aus der Klinik Hochenegg wird über 4 im letzten Jahre operierte Fälle von Harnblasenzerreißung berichtet, von denen ein vom Verfasser operierter und geheilter Fall wegen der gleichzeitigen Harnblasen- und Harnröhrenzerreißung mit Beckenluxation zu den Seltenheiten gehört (bisher 3 Fälle in der Literatur). Nach Besprechung der Ätiologie, Symptome wird bei der Prognose auf die Bedeutung der gleichzeitigen Beckenfraktur hingewiesen (unter 37 operierten Fällen nur 13 Heilungen). Bei der Therapie wird der Standpunkt vertreten, daß in jedem Falle von Urethralruptur, auch dann, wenn ein Dauerkatheter eingeführt werden kann, das perineale Hämatom zu inzidieren sei, unbedingt bei gleichzeitiger Beckenfraktur. Bei der mit Beckenfraktur komplizierten Blasenruptur wird vom Verfasser zur Verhütung von Sekretstauung und Infektion des Knochenbruches neben der exakten Blasennaht die Anlegung von Gegeninzisionen am Perineum neben der Urethra empfohlen.

36. **Über Bradykardie bei Leberrupturen.** (Wiener klinische Wochenschrift 1912, Nummer 11.)

Es wird ein weiterer Fall von Leberruptur mitgeteilt, bei dem die Bradykardie in der Diagnosen- und Indikationsstellung verwertet wurde.

Im Anschlusse daran wird in dieser vorläufigen Mitteilung kurz über experimentell erzeugte Bradykardie berichtet.

37. **Zur Technik der paravertebralen Leitungsanästhesie.** (Zentralblatt für Chirurgie 1912, Nummer 18.)

Um bei bestehenden Kontraindikationen gegen die Allgemeinnarkose ein schmerzloses Operieren im Bauche zu ermöglichen, wird auf Grund von Leichenversuchen eine neue Methode angegeben, durch Injektion von Novokainlösung in die Nähe der Spinalganglien eine vollkommene Anästhesie

der hinteren Bauchwand auch bei der Laparotomie zu erhalten, ein Verfahren, das bei Hernien- und Nierenoperationen ähnlich von Laewen und Kappis bereits angewendet wurde, das, vom Verfasser zum erstenmal auch bei Laparotomien angewendet, sich in 4 Fällen ausgezeichnet bewährt hat.

Wegen der Schwierigkeiten in der Technik und wegen des oftmaligen und schmerzhaften Aufstechens auf die Querfortsätze ist das Verfahren nur in Ausnahmsfällen berechtigt, wenn eine strenge Kontraindikation gegen die Äthernarkose als Unterstützung der gewöhnlichen Lokalanästhesie besteht.

38. **Zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea.** (Archiv für klinische Chirurgie 1912, Band 98, Seite 1—48.)

Es werden 4 Fälle von Volvulus der Flexura aus der Klinik Hochenegg mitgeteilt, von denen ein von Hochenegg operierter Fall wegen eines gleichzeitigen Dünndarmverschlusses, zwei vom Verfasser operierte Fälle einerseits wegen eines Rezidives nach Kolopexie vor 10 Jahren, anderseits wegen des günstigen Ausganges trotz Resektion einer enorm großen gangränosen Flexur und primärer Naht in Lokalanästhesie bei einem ganz kollabierten Patienten bemerkenswert sind.

Die Therapie kann nur eine operative sein. Es werden dann auf Grund der Zusammenstellung der in der Literatur mitgeteilten Fälle die Resultate der einzelnen Methoden miteinander verglichen.

Die einfache Detorsion (48 Fälle) weist bei einer Mortalität von 35%, 16% Rezidiven auf. Auch die Kolopexie mit einer Mortalität von 20% schützt nicht vor Rezidiven. Die Anastomose zwischen beiden Schenkeln mit einer Mortalität von 50% ist ein größerer Eingriff als die zweizeitige Resektion, daher zu verlassen.

Die Resektion gibt die besten Resultate; bei bestehender Gangrän (18 Fälle) ist ihre Mortalität allerdings hoch (77%), bei nicht gangränöser Schlinge (26 Fälle) aber sinkt die Mortalität auf 7·6%. Die einzeitige Resektion mit primärer Darmnaht ist bei nicht gangränöser Schlinge indiziert (Mortalität bei 23 Fällen nur 4·3%), bei bestehender Gangrän nur dann erlaubt, wenn die Einnähung der beiden Darmlumina nach Abtragung der Flexura nicht mehr ausführbar ist wie im 2. vom Verfasser mit Erfolg operierten Falle. Die zweizeitige Resektion mit Einnähen beider Darmlumina kommt bei bestehender Gangrän der Schlinge und schlechtem Allgemeinbefinden in Betracht.

39. **Nebennierenhämatome bei inkarzerierter Hernie.** (Wiener Medizinische Wochenschrift 1912, Nummer 54.)

In einem an der Klinik Hochenegg vom Verfasser beobachteten und operierten Falle von inkarzeriertem, gangränösem Darmwandbruche (seit 3 Wochen eingeklemmt) war im klinischen Bilde das Verhalten des Pulses und eine eigentümliche Apathie, später gefolgt von heftigen Exzitationen, besonders auffällig. Bei der Sektion wurde eine Zerstörung beider Nebennieren durch ausgedehnte Hämatome gefunden. Bei der Besprechung des Falles wird auf die Notwendigkeit einer genauen Anamnese durch den früher behandelnden Arzt hingewiesen.

Die Nebennierenblutung kann beim Fehlen eines Traumas nur auf eine Thrombose der Nebennierenvenen infolge Schädigung der Gefäßwand durch die lange bestehende Darmeinklemmung bezogen werden und stellt als solche eine bisher nicht beobachtete Komplikation der eingeklemmten Hernie dar.

## 40. Über Leberverletzungen. Eine experimentelle und klinische Studie. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1912, Band 118, Seite 1—106.) Habilitationsschrift.

Es werden aus der Klinik Hochenegg 11 Fälle von Leberverletzungen mitgeteilt, 8 subkutane Leberrupturen, 2 Stich- und 1 Schußverletzung. Im Anschluß an letzteren werden die Fälle von isoliertem Leberschuß aus der Literatur gesammelt (25 Fälle) und die Leberschüsse kurz besprochen. Hierauf folgt eine Besprechung der verschiedenen Symptome der Leberverletzung, von welchen die Pulsverlangsamung als wichtigstes, bisher aber nicht beachtetes Symptom eingehend gewürdigt wird.

In der Literatur konnten 13 Fälle von Leberverletzung mit ausgesprochener Pulsverlangsamung gefunden werden, ohne daß derselben in irgendeinem Falle eine besondere diagnostische Bedeutung beigelegt wurde; höchstens war die Pulsverlangsamung der Grund, daß die Operation auf einen zu späten Termin hinausgeschoben wurde.

Zur Entscheidung der Frage, ob die Pulsverlangsamung tatsächlich durch die Leberverletzung bedingt sei, wurden im Institute für experimentelle Pathologie (Hofrat Paltauf) Tierversuche angestellt. Nach in Lokalanästhesie ausgeführter Laparotomie wurde die Leber in verschiedener Ausdehnung gequetscht, dann die Laparotomie geschlossen und im Sphygmographion die Pulskurve geschrieben. In den Kontrollversuchen wurden Milz, Pankreas und Darm gequetscht. Zur Entscheidung der Frage, ob nach der Leberruptur Gallensäuren im Harne des Versuchstieres ausgeschieden werden, wurde die sehr empfindliche Probe nach Biedl und Kraus angewendet (subdurale Injektion von 0·1 $cm^3$ Harn bei Kaninchen) und in allen Fällen, auch bei fehlender Pulsverlangsamung ein positives Resultat gefunden.

Unter 20 Versuchen von Leberruptur fielen 13 positiv aus, d. h. es trat eine Pulsverlangsamung von 60—70 Schlägen in der Minute auf. In 7 Fällen war die Pulsverlangsamung nicht deutlich, aber auch hier war die Harnprobe positiv.

Durch stumpfe Bauchverletzung allein, durch Quetschung von Milz und Pankreas wurde stets eine Pulsbeschleunigung erzeugt.

Zur Entscheidung der Frage, ob die Pulsverlangsamung durch zentrale Vagusreizung oder durch direkte Einwirkung der Gallensäure auf das Herz zustande komme, wurde in 9 Versuchen der Vagus entweder am Ösophagus oder am Halse beiderseits durchschnitten. Die Bradykardie blieb trotzdem bestehen, beziehungsweise trat bei nachfolgender Leberschädigung auf. Auch Atropin konnte die Bradykardie nicht aufheben. Dadurch war die direkte Einwirkung auf das Herz erwiesen.

Aus diesen Experimenten konnte geschlossen werden, daß die Pulsverlangsamung bei Leberquetschungen durch Gallensäure-

wirkung zu erklären ist, daß sie somit für die Leberverletzung selbst ein wichtiges charakteristisches Symptom darstellt. Das Fehlen der Pulsverlangsamung im Experimente wird durch die bedeutende Blutung erklärt; die Resorption und Ausscheidung von gallensauren Salzen konnte auch in diesen negativen Versuchen durch die positive Harnprobe nach **Biedl** und **Kraus** erwiesen werden.

Für die Diagnose einer Leberverletzung sind die Pulsbeschaffenheit, die Bauchdeckenspannung, der lokale Leberschmerz maßgebend. In schwierigen Fällen hat die Probelaparotomie in Lokalanästhesie zu entscheiden. Bei der Prognose kommt der Bradykardie insofern eine Bedeutung zu, als die Fälle, in denen trotz der schweren Verletzung der anfangs beschleunigte Puls noch verlangsamt werden kann, wo also die Wirkung der gallensauren Salze von der Anämie noch nicht aufgehoben ist, bei rechtzeitiger Operation eher geheilt werden können.

Bei der Indikationsstellung zur Operation kommt der Pulsverlangsamung eine besondere Bedeutung zu. Da sie auch bei der zentralen Leberruptur, die an sich noch keine Operation erfordert, vorkommt, so kann sie nur dann unbedingt die Operation erfordern, wenn gleichzeitig die innere Blutung in die Bauchhöhle durch andere Symptome erwiesen werden kann. Jedenfalls aber darf die Pulsverlangsamung nicht wie bisher gegen die Diagnose innere Blutung und damit gegen die Notwendigkeit einer sofortigen Operation verwertet werden.

Bei der operativen Behandlung der Leberblutung ist das Wichtigste eine sichere Blutstillung, die durch eine exakte Lebernaht unter Verwendung der Magnesiumplatten nach Payr, bei Mangel derselben durch die vom Verfasser in 2 Fällen geübte rückgreifende Naht längs der ganzen Rupturstelle erreicht werden kann. Die Tamponade soll nur für die schwer zugänglichen Wunden der Kuppe reserviert bleiben, wo sie wegen der sicheren Fixation zwischen Leber und Zwerchfell auch prompt wirkt.

### 41. **Ein Fall von Chlorosarkom des Oberkiefers.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1912, Band 81, Seite 190—197.)

Bei der Resektion eines Oberkiefertumors bei einem 3jährigen Knaben fiel die grasgrüne Färbung desselben auf. Nach der histologischen Untersuchung handelt es sich um ein myelogenes kleinzelliges Rundzellensarkom. Der Fall stellt in jeder Hinsicht eine Rarität dar; bei der Einreihung zu den echten Sarkomen hat er überhaupt kein Analogon, rechnet man ihn aber zu den Chloromen, dann ist die isolierte Tumorbildung ebenfalls eine Seltenheit.

### 42. **Zur Kenntnis der Gleitbrüche des Dickdarmes.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1912, Band 81, Seite 198—239.)

Es werden zuerst 3 eigene Beobachtungen von Gleitbrüchen mitgeteilt (ein Fall von Schaukelbruch des Colon ascendens, Resektion des Coecum, Ileokolostomie, Heilung, 1 Fall von inkarzeriertem Gleitbruch des Coecum bei

einem 6 Monate alten Knaben und eine Appendicocele bei einem 8jährigen Knaben); dann werden als Fortsetzung der Arbeit von Baumgartner (1904, Paris) die weiteren Fälle von Gleitbrüchen aus der Literatur gesammelt (39 Fälle). Nach eingehender Besprechung der Anatomie und der Einteilung der Gleitbrüche durch die Franzosen, wird zu derselben vom praktischen Standpunkte aus Stellung genommen und empfohlen, künftighin die Gleitbrüche mit teilweisem Bruchsacke in 2 Gruppen zu teilen, je nachdem der Bruchsack größer oder kleiner ist als der vorliegende Dickdarm. Dann werden die verschiedenen Darmabschnitte als Inhalt besprochen (Coecum, Flexura sigmoidea, unterstes Ileum, Appendix), und für letzteren die selteneren Fälle aus der Literatur zusammengestellt (5 Fälle, eine eigene Beobachtung als sechsten Fall). Bei der Besprechung des Entstehungsmechanismus der Gleitbrüche wird auf die seltene Form der „Schaukelbrüche" verwiesen (3 Fälle in der Literatur, dazu eine eigene Beobachtung).

Bei der Würdigung der Symptome wird auf die Seltenheit der Einklemmung eines Gleitbruches, besonders bei Kindern, verwiesen (bisher 2 Fälle in der Literatur, dazu eine eigene Beobachtung).

Bei der Therapie ist das Wichtigste, eine Verletzung des Dickdarmes zu vermeiden (Eröffnung des Bruchsackes immer an der medialen Seite), die vollständige Ablösung des Bruchsackes hat zu unterbleiben. Bei Verletzung des Darmes kann die primäre Resektion notwendig werden.

43. **Über Harnblasenbrüche.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1912, Band 81, Seite 240—265.)

Es werden 3 selbstbeobachtete und operierte Fälle von Blasenbrüchen mitgeteilt, von denen der eine zu der seltenen Form der eingeklemmten extraperitonealen Blasenhernie gehört (bis jetzt der neunzehnte Fall). Im Anschlusse daran werden als Fortsetzung der Arbeiten von Brunner und Eggenberger die Fälle von Blasenhernien mit Ausschluß der „operativen Blasenhernien" gesammelt (48) und die Ätiologie und Symptomatik kurz besprochen. Bei der Diagnose wird betont, daß wenigstens intra operationem die Blase erkannt werden solle, um eine Verletzung zu vermeiden oder wenigstens die Blasenwunde sofort zu versorgen, da die Prognose in erster Linie davon abhängt, ob die Verletzung übersehen wurde oder nicht. Um eine Verletzung der Blase bei der sogenannten „operativen" Blasenhernie sicher zu vermeiden, wird empfohlen, bei weiter Bruchpforte, besonders bei den direkten Hernien statt der Bruchsackligatur die Tabaksbeutelnaht anzuwenden.

44. **Lokalanästhesie bei Magenoperationen (Gastroenterostomien, Resektionen).** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1912, Band 81, Seite 266—340.)

Nach den einleitenden Bemerkungen über die Allgemeinnarkose, die bisherigen Ansichten über den Wert der Lokalanästhesie und kurzer Abhandlung der Frage der Sensibilität der Bauchorgane, wird die vom Ver-

fasser geübte Technik der Lokalanästhesie kurz geschildert. Dann folgen die Krankengeschichten von 49 vom Verfasser als Assistent in Graz, als praktischer Arzt in Klagenfurt und als Assistent der Klinik Hochenegg (35 Fälle) ohne Allgemeinnarkose ausgeführten Gastroenterostomien, ferner 3 Gastroanastomosen und 15 Resektionen (Klinik Hochenegg). Bei der Besprechung der Technik und Indikationsstellung der Magenresektion wird auf den Wert der Resektion als Palliativoperation näher eingegangen und die von der üblichen Technik wegen der großen Ausdehnung der Resektion abweichende Anastomosenanlegung besprochen, die zweizeitige Resektion bei Verwendung der Lokalanästhesie als unnötig abgelehnt.

Eingehend wird dann der postoperative Verlauf nach Magenoperationen in Lokalanästhesie geschildert. Es fehlt der Kollaps, ebenso das Erbrechen, das ein Ausdruck der akuten Magendilatation ist, die ihrerseits wieder auf die Narkose zu beziehen ist, da sie vom Verfasser in keinem Falle beobachtet werden konnte, im Gegenteil, der Magen bereits am nächsten Tage kleiner war.

Ein weiterer Vorteil der Lokalanästhesie besteht in der Verminderung der Frequenz und der Schwere der Lungenkomplikationen. Der von Gottstein auf Grund des Vergleiches ungleicher Fälle aufgestellte Satz, daß die Lokalanästhesie das Auftreten der Lungenkomplikationen nach Laparotomien direkt begünstige, wird durch richtige Gegenüberstellung der Fälle und durch die eigenen Resultate (kein Todesfall an Pneumonie) widerlegt. Weiters werden die neben der Narkose wirksamen Ursachen (Abkühlung, Embolie, direkte Infektion von der Bauchhöhle aus) besprochen.

Die Resultate der Gastroenterostomie sind bei Anwendung der Lokalanästhesie sehr gut; denn obwohl alle Fälle, auch bei schlechtestem Allgemeinbefinden schweren Herz- und Lungenerkrankungen operiert wurden, starben unter 42 nur 2 Patienten, und zwar eine Frau 5 Tage nach der Operation an Verblutung aus der Art. lienalis; der zweite wurde, obwohl bereits moribund, noch operiert, konnte sich aber nicht erholen. Dafür Heilung einer 51jährigen, zum Skelett abgemagerten (Gewicht 30 *kg*!) Frau durch die Gastroenterostomie.

Auch bei den 15 Resektionen kam trotz weitgehendster Indikationsstellung kein Todesfall an Kollaps oder postoperativer Pneumonie vor.

Die Lokalanästhesie erlaubt eine erweiterte Indikationsstellung zur Operation, vermeidet den Kollaps und die postoperativen Beschwerden und setzt die Zahl und vor allem die Schwere der Lungenkomplikationen herab.

## 45. **Chronischer Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie mit Einklemmung von Dünndarmschlingen im Mesokolonschlitz.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1912, Band 81, Seite 341 bis 360.)

Aus der Klinik Hochenegg wird ein vom Verfasser beobachteter und operierter Fall von chronischem Circulus vitiosus infolge zu langer Schlinge

(auswärts gemacht) und gleichzeitiger Einklemmung von Dünndarmschlingen im offen gebliebenen Mesokolonschlitze mitgeteilt. Im Anschlusse daran werden die verschiedenen Ursachen der Passagestörung nach Gastroenterostomie besprochen und dabei der wahre Circulus vitiosus von dem falschen, durch die akute Magendilatation hervorgerufenen, streng geschieden. Schließlich werden noch die wenigen (fünf) Fälle von Einklemmung von Dünndarmschlingen im Mesokolonschlitze aus der Literatur zusammengestellt.

46. **Über doppelten Darmverschluß (Kombinationsileus).** (Beiträge zur klinischen Chirurgie 1912, Band 81, Seite 361—424.)

Der von Hochenegg unter dem Begriffe „Kombinationsileus" zusammengefaßte doppelte Darmverschluß wird auf Grund von 6 Fällen der Klinik Hochenegg und 21 Fällen der Literatur einer eingehenden Schilderung unterzogen. Einleitend wird auf die bisherigen Mitteilungen der Literatur, auf die Beziehung des Kombinationsileus zur Scheineinklemmung (Clairmont) verwiesen. Nach Erweiterung des Begriffes werden die Fälle in zwei Hauptgruppen eingeteilt: 1. Primärer Darmverschluß durch anfangs chronische Stenose (Kombinationsileus nach Hochenegg). 2. Akuter primärer Darmverschluß entweder durch Einklemmung in einer Hernie oder als innere Inkarzeration.

Für die erste Gruppe werden 6 Fälle der Klinik und 21 Fälle der Literatur angeführt, wobei der sekundäre Darmverschluß 11mal durch eine Hernieneinklemmung, 16mal durch eine innere Inkarzeration bedingt war.

Es folgt nun eine eingehende Besprechung der Ätiologie und des Entstehungsmechanismus, wobei die von Hochenegg gegebene Erklärung der retrograden Entleerung des Dickdarmes durch die neuesten klinischen und radiologischen Erfahrungen bestätigt wird. Bei den Versuchen, experimentell an der Leiche den doppelten Darmverschluß zu erzeugen, wurde vom Verfasser die Erklärung, warum die Coecalklappe manchmal trotz Überdehnung suffizient bleibt, durch den Nachweis der die Festigkeit der Klappen schützenden Adhäsionen gegeben.

Die von Hochenegg bereits beschriebenen wichtigsten Symptome werden eingehend besprochen (Wechsel in der Lokalisation des Schmerzes, plötzlicher Übergang der Erscheinungen des Obturationsileus in die des Strangulationsileus, bei der Operation eine ausgesprochene Hypertrophie des zwar leeren Dickdarmes vor der Stenose im Gegensatze zum normalen abführenden Schenkel). Die Wichtigkeit der Diagnose ergibt sich aus der Tatsache, daß nur 10mal die Operation eine vollständige war, d. h. beide Hindernisse entfernt wurden, während 13mal der proximale, 3mal der distale Darmverschluß allein beseitigt wurden. Dementsprechend ist auch die Mortalität bisher eine sehr hohe (72%).

Beim primären akuten Darmverschlusse war der analwärts gelegene Darmverschluß 22mal in einer äußeren eingeklemmten Hernie gelegen, 12mal durch innere Einklemmung gegeben. Die klinischen Symptome

sind weniger prägnant als bei der ersten Gruppe, daher ist hier die genaue Beobachtung des Operationsbefundes (Verhalten von zu- und abführender Schlinge) besonders wichtig. Die Prognose ist gleich ernst, da auch hier selten beide Hindernisse gleichzeitig behoben werden. Bei 16 Fällen von Herniotomie wurde 10mal nur ein Hindernis beseitigt, 4mal das zweite Hindernis durch eine zweite Operation aber nur mit einer Heilung. Bei 16 mit primärer Laparotomie behandelten Fällen ist die Auffindung beider Hindernisse nur in 4 Fällen nicht gelungen. Die Mortalität ist hier wegen des Allgemeinzustandes hoch (Darmresektionen, Peritonitis).

Die Prognose des doppelten Darmverschlusses kann nur durch Vermeiden eines Übersehens des zweiten Hindernisses verbessert werden.

